

初診問診票

年 月 日現在

どのような症状で来院されましたか？ / 下記に当てはまる来院目的を○で囲んでください。

(症状: / 検査目的・治療目的・他院からの検査紹介・その他)

Q. 現在通院中の医療機関はありますか？ はい (医療機関名:) いいえ

1. 病気についてお伺いします。

ペースメーカーをつけていますか？ はい いいえ

喘息と診断されたことはありますか？ はい いいえ

今までに病気や手術をしたことがありますか？ はい⇒以下をご記入ください いいえ

※ [例] (30) 歳 病名 (虫垂炎) (服薬中・手術・経過観察・治療終了・その他 ())

① () 歳 病名 () (服薬中・手術・経過観察・治療終了・その他 ())

② () 歳 病名 () (服薬中・手術・経過観察・治療終了・その他 ())

③ () 歳 病名 () (服薬中・手術・経過観察・治療終了・その他 ())

④ () 歳 病名 () (服薬中・手術・経過観察・治療終了・その他 ())

2. 現在、服用のお薬をお書きください。

お薬手帳はお持ちですか？ はい⇒提出してください いいえ⇒薬の内容についてご記入ください

※ [例] (薬剤名: プロプレス 1回 1錠 / 1日 1回 / いつ: 朝食後)

① (薬剤名: 1回 錠 / 1日 回 / いつ:)

② (薬剤名: 1回 錠 / 1日 回 / いつ:)

③ (薬剤名: 1回 錠 / 1日 回 / いつ:)

④ (薬剤名: 1回 錠 / 1日 回 / いつ:)

⑤ (薬剤名: 1回 錠 / 1日 回 / いつ:)

3. 女性の方へお伺いします。

妊娠していますか？ はい () ヶ月 可能性あり いいえ

4. 輸血についてお伺いします。

今までに輸血を受けたことはありますか はい いいえ

信仰上の理由で輸血は受けません はい いいえ

5. 生活習慣についてお伺いします。

タバコを吸いますか？ はい () 本/日 過去に喫煙 () 歳まで () 本/日 いいえ

アルコールを飲みますか？ はい () を () ml/日 いいえ

6. アレルギーはありますか？ はい いいえ

※ [例] 薬 (抗生剤を飲んで発疹が出た) 食物 (青魚を食べると発疹が出る)

薬 () 食物 () その他 ()

アレルギー疾患 (喘息・アトピー性皮膚炎・その他:)

7. 広尾レディースクリニックを知ったきっかけを教えてください。

家族・知人の紹介 医師の紹介 ブログ・クチコミ テレビ 新聞 雑誌 SNS

インターネット検索 その他 ()

別の問診票を記入していただく事もありますが、ご了承ください。

